

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

107

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Béatrice HELMAN

Née le 15 Janvier 1910, à GALATZ (Roumanie)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

FORMES CLINIQUES
DE L'ABCÈS LATÉRO-PHARYNGIEN
DANS LA PETITE ENFANCE
EN
PARTICULIER LES FORMES LENTES

Président : M. Robert DEBRÉ, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1937

701

THE NATIONAL BUREAU OF STANDARDS

WASHINGTON, D. C. 20540

U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Béatrice HELMAN

Née le 15 Janvier 1910, à GALATZ (Roumanie)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

FORMES CLINIQUES
DE L'ABCÈS LATÉRO-PHARYNGIEN
DANS LA PETITE ENFANCE
EN
PARTICULIER LES FORMES LENTES

Président : M. Robert DEBRÉ, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1937

1. — Professeurs

Anatomie	
Physiologie	
Physique médicale	
Chimie médicale	
Bactériologie	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Pathologie médicale et générale	
Pathologie médicale	
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	
Histologie	
Pharmacologie et matière médicale	
Thérapeutique	
Hygiène et médecine préventive	
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Pathologie expérimentale et comparée	
Hydrologie thérapeutique et climatologie	
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Cardiologie clinique	

Professeurs sans chaire

MM.	
ROUVIÈRE	
Léon BINET	
STROHL	
POLONOVSKI	
Robert DEBRÉ	
BRUMPT	
BAUDOUIN	
ABRAMI	
CHEVASSU	
ROUSSY	
CHAMPY	
THIÉNEAU	
HARVIER	
TANON	
BALTHAZARD	
LAIGNEL	
LAVASTINE	
FIESSINGER	
Maur. VILLARET	
LOEPER	
CARNOT	
CLERC	
Marcel LABBE	
LEREBOULLET	
NOBÉCOURT	
H. CLAUDE	
GOUGEROT	
GUILLAIN	
LEMIERRE	
CUNEO	
GOSSET	
GRÉGOIRE	
LENORMANT	
TERRIEN	
MARION	
BRINDEAU	
COUVELAIRE	
JEANNIN	
MOCQUOT	
OMBREDANNE	
RATHERY	
LEMAITRE	
Pierre DUVAL	
SERGEANT	
BEZANÇON	
MATHIEU	
LAUBRY	
HOVELACQUE	
MULON	
OLIVIER	
VERNE	

II. — Agrégés en exercice

MM.

AMELINE.....	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FÉY	Urologie.
FUNK-	
BRENTANO	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.

MM.

DE GAUDART	
D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES...	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri..	Chimie biologique
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale
LELONG	Pathologie médicale.



MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J) .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX .. Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUEN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT.
 DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE. Médecine légale
 PORTES Ophtalmologie.
 RENARD (L.). Physiologie.
 RICHET Obstétrique.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIERS Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-
 LEMAIRE Parasitologie.
 PHILIBERT ... Bactériologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE.
 AUBERTIN
 BRULE
 CHABROL
 CHIRAY
 DONZELOT Clinique médicale
 DUVOIR
 LIAN
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur).
 SEZARY

MM.

BASSET
 BROCC
 CADENAT
 GATELLIER
 HEITZ-BOYER. } Clinique chirurgicale
 MOURE
 QUENU
 SCHWARTZ
 VELTER
 ECALLE
 GUENIOT
 LE LORIER } Clinique obstétricale
 LEVY-SOLAL ...
 METZGER

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique
 PHILIBERT, agrégé..... Stomatologie.
 RUPPE Microbiologie.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

A Monsieur le Professeur Robert DEBRE

Professeur de Bactériologie
Médecin de l'Hôpital Hérold
Officier de la Légion d'honneur

Qui nous a fait le grand honneur de
bien vouloir accepter la présidence de
notre thèse.

En témoignage de notre profond res-
pect.

A mon Maître le Docteur GUILLEMOT

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse
et pour le remercier d'avoir bien voulu
m'accueillir dans son service et me faire
profiter de sa grande expérience.

Témoignage de ma reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

MM. les Docteurs :

MONIER-VINARD,
HALBRON,
BAUMGARTNER,
TIXIER,
FAURE-BEAULIEU.

INTRODUCTION

Parmi les abcès péri-pharyngiens tant chez l'enfant que chez l'adulte, les abcès rétro-pharyngiens ont toujours attiré l'attention des oto-rhino-laryngologistes et des pédiatres. Leur symptomatologie bruyante, leur évolution rapide, ont fait l'objet de nombreux travaux.

Par contre, les abcès latéro-pharyngiens possèdent une littérature beaucoup moins étendue. Nous avons certes retrouvé la description de formes aiguës, de symptomatologie se rapprochant de l'allure clinique d'un abcès-rétro-pharyngien, mais par contre peu de choses sur les formes lentes pourtant si intéressantes.

Pendant notre année d'étude à l'hôpital Bretonneau, notre maître le Docteur Guillemot a souvent attiré notre attention sur cet abcès latéro-pharyngien qui peut réaliser sans doute une forme aiguë, forme qui est vue alors par l'oto-rhino-laryngologiste, mais qui réalise volontiers des formes trompeuses, faisant diriger le sujet vers un service de médecine générale ou de pédiatrie, et prêtant à de nombreuses erreurs de diagnostic. Ces formes atypiques sont soit de symptomatologie peu faite pour penser à l'abcès latéro-pharyngien, soit d'évolution subaiguë.

traînante, voire même froide, ce qui éloigne au premier abord l'idée d'une collection purulente de la région latéro-pharyngée.

Notre sujet portera donc sur l'ensemble des tableaux cliniques qui peuvent être réalisés par l'abcès latéro-pharyngien, en insistant tout spécialement sur les nuances cliniques qui doivent dans certains cas et malgré le peu de signes francs d'abcès rétro-amygdalien, faire insister sur ce diagnostic et permettre de pratiquer une thérapeutique suffisamment précoce.

HISTORIQUE

Nous n'avons pas retrouvé une étude d'ensemble portant sur l'abcès latéro-pharyngien en général et du petit enfant en particulier.

Dans les gros traités d'oto-rhino-laryngologie, comme celui de Heymann, dans le traité de Castex, aucun chapitre ne porte ce titre.

Dans deux thèses ayant pour but l'étude des « abcès péri-pharyngiens », l'une de Moreau (Paris, 1896), l'autre plus récente de Calas (Montpellier, 1906), l'intérêt porte uniquement sur les abcès rétro-pharyngiens et quelques lignes seulement sont consacrées aux abcès latéro-pharyngiens.

Dans d'autres traités, tel celui des Maladies des enfants, de Nobécourt ; le Traité de chirurgie de Forgue ; les Précis des Maladies oto-rhino-laryngologiques de Lannois ou de Weill et Mouriquand, la forme aiguë franche est décrite en une page. Quelques lignes seulement sont consacrées à la tendance évolutive moins rapide de l'abcès latéro-pharyngien par rapport à l'abcès rétro-pharyngien.

Il semble d'ailleurs que le plus souvent dans les descriptions classiques, abcès rétro et latéro-pharyngien soient réunis sous le même nom d'abcès rétro-

pharyngien. C'est ainsi que dans le « *Traité des Maladies des enfants* », de Grancher, au chapitre : Abscès rétropharyngien, rédigé par Bokaï, on peut lire, à propos de l'histoire de cette question : « L'abcès rétro-pharyngien est encore désigné par les auteurs sous les noms d'angine phlegmoneuse (Gautier, 1869), d'adénite suppurée rétro-pharyngée (Roustan, 1864), de phlegmon rétro-latéro-pharyngé et d'adéno-phlegmon rétro et latéro-pharyngé (Ruault, 1892).

Cette définition, et la confusion qu'elle comporte, est soulignée par Broca dans une « *Leçon de clinique chirurgicale de l'hôpital Tenon* », publiée dans le *Bulletin Médical* de 1903. Il en conclut et nous pensons avec lui : « Malgré certaines descriptions classiques, il faut distinguer les abcès rétro et latéro-pharyngiens et ne pas réunir sous le nom de rétro-pharyngiens tous les abcès péripharyngés des enfants ».

Nous avons pu surtout nous rendre compte du point de vue classique au sujet des abcès latéro-pharyngiens dans leur forme aiguë, principalement en lisant la monographie de Truffert sur les supurations péri-laryngées et péri-pharyngées et en parcourant une étude d'ensemble des abcès péripharyngiens de l'enfant, publiée par Comby, en 1935, dans les *Annales de Pédiatrie* ; d'autre part, en prenant connaissance d'un article de Piquet (de Lille) sur la voie d'abord endo-pharyngée des abcès latéro-pharyngiens.

En somme, l'abcès aigu est bien connu, tandis qu'il est peu fait mention des formes lentes et des formes à symptomatologie anormale, ainsi que des erreurs de diagnostic auxquelles elles peuvent prêter.

ANATOMIE ET ANATOMO-PATHOLOGIE

Pour bien comprendre l'aspect clinique et l'allure évolutive de ces abcès, il est important de bien se représenter la région dans laquelle ils se développent.

Cette région est diversement dénommée par les auteurs, espace latéro-pharyngien pour Gillis, loge ganglionnaire pour Truffert, espace sous-glandulaire postérieur ou rétro-stylien pour Sébilleau.

Cet espace latéro-pharyngien présente six faces : il est limité en haut par la base du crâne, tandis qu'en bas, il se continue directement avec la région carotidienne. Il est limité en dedans par la paroi latérale du pharynx et la cloison sagittale du pharynx et en dehors par deux muscles, le sterno-cléido-mastoïdien et sa gaine, le ventre postérieur du digastrique. Enfin, il est limité en arrière par l'aponévrose pré-vertébrale et les muscles pré-vertébraux, en avant par les muscles styliens, l'aponévrose stylo-pharyngée et le ligament stylo-maxillaire, qui le séparent de la loge parotidienne. En somme, la face endopharyngée de la paroi latérale du pharynx, limitant en dedans cette loge, est située derrière l'amygdale et derrière le pilier postérieur du voile.

Dans cet espace, on trouve de nombreux organes : deux gros vaisseaux : tout d'abord, carotide interne en dedans, veine jugulaire en dehors. Des nerfs : pneumogastrique IX, XI traversent la région. Mais surtout cet espace est riche en ganglions lymphatiques qui sont disposés en trois groupes : un groupe est postérieur, le long de la face interne du sterno-cléido-mastoïdien ; un groupe est externe, appliqué contre la face interne de la veine jugulaire interne ; enfin, un troisième groupe est situé le long de la carotide interne.

Les ganglions reçoivent des lymphatiques qui viennent du pharynx buccal, des amygdales palatines, du voile du palais, des piliers du voile, et enfin de la base de la langue.

A l'état pathologique, il se développe dans cette loge des adéno-phlegmons ou des phlegmons. L'abcès latéro-pharyngien est un adéno-phlegmon essentiellement différent des suppurations latéro-pharyngées développées dans le tissu cellulaire de la région.

La propagation anatomique de ces adéno-phlegmons est variable et se fait au point de vue schématique, soit vers la région cervicale, le pus descendant dans la région carotidienne et apparaissant en avant du muscle sterno-cléido-mastoïdien ; soit vers le pharynx. Dans ce cas, la suppuration refoule en dedans la paroi latérale du pharynx ; l'amygdale reste normale d'aspect, mais elle tourne légèrement sur son axe vertical, et le pilier postérieur est forcément rejeté en dedans. En réalité, et le plus souvent, l'ex-

tériorisation se fait dans les deux sens, cervical et pharyngé, mais prédomine soit vers le pharynx, soit vers la région cervicale.

Cette tendance à l'extériorisation du pus a fait l'objet d'une étude approfondie de Piquet, de Lille, et ses travaux à ce sujet ont fait l'objet d'une publication dans les *Annales d'oto-rhino-laryngologie*, de 1933. Selon ses conclusions, le pus fuserait dans la majorité des cas, vers la loge carotidienne et la région cervicale chez l'adulte, alors que chez l'enfant le pus fuserait surtout vers le pharynx et, dit-il, « donnerait une tuméfaction pharyngée d'autant plus marquée que le sujet est plus jeune ».

Cette différence s'expliquerait pour cet auteur par l'anatomie différente de la région chez l'enfant et chez l'adulte. En effet, chez l'adulte, il existerait toujours une cloison sagittale du pharynx bien individualisée qui limite en dedans l'espace rétro-stylien. « Cette portion d'aponévrose latérale du pharynx paraît assez résistante pour arrêter la marche vers le pharynx d'une collection latéro-pharyngienne ». Chez l'enfant, il n'existerait pas de cloison sagittale du pharynx pour limiter cet espace en dedans. Le paquet vasculo-nerveux serait simplement noyé dans une atmosphère cellulo-adipeuse et directement appliqué sur la surface pharyngée. « On note seulement l'existence d'un septum médian assez résistant qui rattache la paroi pharyngée postérieure à l'aponévrose prévertébrale et qui délimite ainsi à droite et à gauche deux espaces latéro-pharyngiens ». Ainsi

pour Piquet, constatations anatomiques et cliniques sont calquées l'une sur l'autre. Avec le Docteur Guillemot, nous ne pensons pas qu'il soit exact de dire que l'évolution pharyngée est d'autant plus marquée que l'enfant est plus jeune, car nous estimons qu'il existe de nombreux cas de ces abcès chez le petit enfant évoluant avec un minimum de signes pharyngés, peu ou pas de tuméfaction rétro-amygdalienne et, au contraire, une réaction vers l'extérieur appréciable.

En somme, l'anatomie de la région permet de préciser certains des caractères cliniques de l'abcès latéro-pharyngien. La connaissance des lymphatiques et de leur connexions en fait comprendre l'étiologie.

ETIOLOGIE ET FREQUENCE

Si un abcès latéro-pharyngien peut survenir brutalement, avec le caractère d'une affection primitive, dans la majorité des cas, il succède à une angine. Cette origine angineuse l'oppose, comme le fait remarquer Marfan, à l'abcès rétro-pharyngien plus fréquemment secondaire à une infection rhino-pharyngée, une adénoïdite infectée.

C'est en général au déclin de la période angineuse que se manifeste l'abcès latéro-pharyngien. Si telle est l'opinion classique, il nous paraît d'après nos constatations cliniques que l'origine rhino-pharyngée est au moins aussi importante que l'origine angineuse de l'abcès latéro-pharyngé. Quant à la fréquence de l'abcès latéro-pharyngien, elle a surtout été appréciée par rapport à l'abcès rétro-pharyngien. C'est ainsi que Comby, citant une statistique italienne établie à la clinique chirurgicale de Florence, par Gati et Santi, entre 1909 et 1934, rapporte 149 cas d'abcès latéro-pharyngiens pour 61 cas d'abcès rétro-pharyngiens. Il est donc deux fois et demi plus fréquent d'après les Italiens, proportion qui ne concorde pas avec la place que lui donnent les descriptions françaises. Pour notre part, nous n'avons

observé ou retrouvé dans le service du Docteur Guillemot que des cas d'abcès latéro-pharyngiens. Mais il faut faire remarquer que le rétro-pharyngé, plus bruyant, plus facilement reconnaissable, est soigné actuellement dans les consultations de pédiatrie ou les services d'oto-rhino-laryngologie et n'arrive pas, en général, jusqu'aux Salles d'hospitalisation.

L'âge auquel s'observe cette affection avec le maximum de fréquence, est apprécié diversement suivant les auteurs : pour Comby, l'âge de prédilection serait le 7^e mois et il en donne pour explication le fait que l'éruption des dents, le changement d'alimentation surviennent précisément à ce moment et sont des facteurs venant renforcer la virulence microbienne de la cavité buccale. Au contraire, pour Marfan, l'abcès latéro-pharyngien, à l'inverse du rétro-pharyngien, est rare avant deux ans. Et même pour Lannois, l'abcès latéro-pharyngien à l'inverse de l'abcès rétro-pharyngien est plus commun chez l'adulte que chez l'enfant. En réalité, il nous semble que l'opinion de Marfan correspond à la majorité des cas.

ETUDE CLINIQUE

Une étude complète des tableaux cliniques réalisés par l'abcès latéro-pharyngien doit comprendre trois chapitres : tout d'abord la description de la forme aiguë, bien classique, puis celle des formes subaiguës qui nous ont paru pleines d'intérêt, enfin il importe d'isoler une forme traînante, bien que cette dernière soit plus rare.

Nous décrirons donc successivement ces différents tableaux, en rattachant à chaque forme, les cas cliniques que nous avons retrouvés dans la littérature ou que nous avons été amené à observer.

Abcès latéro-pharyngien aigu

En se rapportant à la monographie des suppurations péripharyngiennes de Truffert on en trouve une description complète.

L'affection débute par une altération de l'état général, comme en témoigne une élévation de la température aux environs de 39°, ainsi que l'abattement et un état saburral des voies digestives. Rapidement des signes fonctionnels attirent l'attention vers la gorge ; ce sont : de la dysphagie, avec douleur à la déglutition et beaucoup plus rarement un certain degré de gêne respiratoire. C'est l'examen physique

qui va révéler l'abcès à son début : au palper périphérique de la région cervicale externe, on sent un empâtement douloureux de la région sous-angulo-maxillaire. A l'examen de la gorge, on voit une asymétrie des gouttières pharyngées avec voussure légère de la paroi pharyngée derrière le pilier postérieur. Enfin, par le palper bidigital, on sent l'effacement de la dépression rétro-angulo-maxillaire. Cette dépression est comblée par une masse nettement séparée du squelette.

A une phase plus avancée, lorsque le malade est examiné un ou deux jours après le début, les signes fonctionnels sont plus marqués et on note une dysphagie très marquée, l'apparition d'une gêne respiratoire plus vive, des troubles de la voix qui devient éraillée, des modifications du cri. Les douleurs entraînent assez souvent du trismus, parfois du torticolis. Les signes physiques sont alors bien nets : l'amygdale est normale, bien qu'au premier abord elle puisse paraître augmentée de volume, le pilier antérieur et le voile sont normaux, mais l'ensemble regarde en avant au lieu de faire face à son symétrique.

Souvent, on observe derrière l'amygdale une tuméfaction rouge, œdémateuse, plus ou moins grosse, arrondie ou allongée verticalement, qui laisse intacte la paroi pharyngée postérieure. Le toucher pharyngien fait sentir une tumeur molle, dépressible et fluctuante.

Pour illustrer ce tableau clinique, nous citerons

le cas publié par Piquet dans les *Annales d'oto-rhinolaryngologie*, en 1933.

OBSERVATION I. — Une fillette de 8 ans lui est adressée pour abcès latéro-pharyngien. « A la suite d'une angine, l'enfant présente depuis quelques jours une dysphagie qui ne lui permet d'avaler que des liquides. Par ailleurs, elle présente une température à 39°. L'examen montre à droite la paroi pharyngée fortement déjetée en dedans. L'amygdale droite est refoulée et déviée. Le pilier postérieur est déporté en dedans et en avant par une collection qui gagne en arrière l'espace rétro-pharyngien jusqu'au voisinage de la ligne médiane sans la dépasser. La région cervicale est un peu tuméfiée et douloureuse ». Dans ce cas, la pression de l'index sur la paroi pharyngée a permis l'évacuation de la collection purulente par voie buccale.

Il s'agit chez cette fillette, d'un abcès latéro-pharyngien unilatéral, mais il faut noter la fréquence d'abcès bilatéraux. Dans la statistique de Gati et Santi, sur 149 abcès latéro-pharyngiens aigus, on retrouve 6 cas d'abcès bilatéraux.

Le docteur Guillemot nous a enseigné que « c'est surtout dans les formes aiguës que les deux côtés sont le plus souvent atteints. Ces formes ne sont pas rares, en particulier dans les hôpitaux d'enfants, mais elles sont facilement confondues avec les grandes infections pharyngées avec réactions ganglionnaires cervicales. Il nous a cité un cas observé chez

le Professeur Marfan, cas d'un diagnostic difficile. Il s'agissait d'un enfant profondément infecté, avec grosse adénopathie apparue rapidement. Le décès n'a pas tardé à se produire.

Enfin, une variété clinique d'abcès aigu est spéciale et le Docteur Truffert y insiste. C'est la forme d'abcès latéro-pharyngien qui s'extériorise par, au début, un adéno-phlegmon sous angulo-maxillaire. Dans cette forme, l'adénopathie est en réalité toujours précédée de lésions muqueuses, mais celles-ci peuvent passer complètement inaperçues et sans qu'aucun prodrome n'ait attiré l'attention vers le pharynx, on est en présence d'une adénopathie sous-angulo-maxillaire. L'état général du malade témoigne d'une affection aiguë avec fièvre à 39°. Torticolis et douleur sont les plus importants des signes fonctionnels. Par contre, trismus et dysphagie sont d'apparition plus tardive. L'examen clinique qui recherche une origine bucco-pharyngée à cette adénopathie découvre une voussure latérale qui bombe derrière l'amygdale qui est douloureuse au palper. La loge amygdalienne est souple au palper. En somme, il s'agit d'un abcès latéro-pharyngien dont le premier signe qui attire l'attention est une adénopathie sous-angulo-maxillaire, mais dont le diagnostic exact est fait rapidement par la constatation d'une voussure rétro-amygdalienne.

En résumé, abcès aigu unilatéral, abcès bilatéral avec ou sans réaction cervicale, abcès à forme d'adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire, tels sont

les trois types principaux d'abcès latéro-pharyngien franc. Quant à son évolution, elle est variable suivant les cas : parfois la résorption de l'adéno-phlegmon se produit rapidement sans suppuration. Mais souvent l'abcès suppure, et la collection de pus tend à s'extérioriser, soit vers le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, soit vers le pharynx, derrière le pilier postérieur. L'ouverture de la collection laisse écouler souvent une quantité de pus abondante. Elle amène la chute rapide de la température, l'amélioration presque immédiate des signes fonctionnels, et une guérison rapide est de règle.

L'évolution n'est pas toujours aussi bénigne : outre les cas où une incision insuffisante de la collection, ou une fermeture trop précoce de la brèche est l'occasion de rechutes, de véritables complications ont pu s'observer.

L'ulcération d'un gros vaisseau de la région, entraînant une hémorragie grave de la carotide interne ou de la veine jugulaire ont été décrites ; parfois on a observé de petites hémorragies répétées pendant un laps de temps assez long, précédant alors l'ulcération large de la carotide interne avec souvent hémorragie cataclysmique.

Des paralysies du pneumogastrique, du glosso-pharyngien ou du spinal ont été observées plus rarement. Enfin des fusées purulentes le long des espaces cellulaires décollables du cou et du médiastin sont très graves, mais heureusement très rares. Enfin une thrombose de la carotide a été observée

dans le service du Docteur Guillemot, chez une fillette vue par MM. Bloch et Lemoine, et dont le cas a été relaté dans les *Annales d'oto-rhino-laryngologie* de 1927.

OBSERVATION II. — Il s'agit d'une fillette de 6 ans, entrée à l'hôpital Bretonneau, salle Boulloche, pour des accidents hémorragiques dus à un abcès latéro-pharyngien gauche. La maladie actuelle a été précédée d'une première poussée de rhino-pharyngite compliquée de douleurs faciales en avril 1926. Le 7 juillet au soir, apparaissent des frissons, une fièvre à 40°. Le côté gauche du cou est enflé. Le diagnostic posé alors est celui de rhino-pharyngite. Deux jours après, la température tombe à 39°5-30°. Mais la tuméfaction cervicale persiste.

Le 13 juillet, crise douloureuse du cou à gauche, on applique des compresses chaudes, puis l'enfant s'agite, bouche fermée, dents serrées. La mère dit : convulsions. La crise dure 5 à 6 minutes. Une fois calmée, l'enfant garde une difficulté de la parole, la bouche déviée sans troubles de la déglutition.

Enfin, le 16 juillet, la collection purulente de la gorge s'ouvre presque spontanément au cours d'un toucher digital. Le 18 juillet, après effort de vomissements, l'enfant crache une très grosse quantité de sang rouge, ce qui détermine son hospitalisation. L'après-midi la mère a remarqué qu'elle ne se servait plus de son bras droit. A l'hôpital, elle saigne de nouveau très abondamment. Appelée auprès de la

malade le 20 juillet, MM. André Bloch et Lemoine sont frappés, dès le premier abord, par l'existence d'une paralysie faciale droite, centrale, avec inégalité pupillaire, ptosis incomplet, déviation de la langue, paralysie du voile à gauche. A ces troubles nerveux organiques de la face, il faut joindre une paralysie incomplète du membre supérieur droit. Réflexes normaux. Pas de Babinski. A l'examen de la gorge, amygdales intactes mais légère tuméfaction rétro-amygdalienne gauche en arrière du pilier postérieur, fistule haut placée dans laquelle on introduit très prudemment un stylet sur une longueur de 1 cm. 5.

Puis trois épisodes dramatiques, heureusement bien terminés : le 23 juillet, la température remonte, amygdale rouge, repoussée en avant par le gonflement rétro-amygdalien. Tuméfaction cervicale sous-angulo-maxillaire. Gorge pleine de pus. Le 26, grosse hémorragie qui oblige à faire une ligature de la carotide externe (on pensait alors à la rupture d'une artère pharyngée), opération laborieuse, l'artère ayant un calibre très au-dessous de la normale. L'hémorragie s'arrête, mais le malade très infecté monte à 40°. En cinq jours, l'hémiplégie se complète, avec Babinski et aphasie, puis nouvelle accalmie. Le 6 août, on est amené à faire une ligature de la carotide primitive, et une transfusion. A la suite de quoi la température remonte, puis retombe à 37°. L'amélioration dure 10 jours. Le 24 août, la température remonte encore à 40°. Un syndrome pseudo-méningé

apparaît, avec raideur de la nuque due à la tuméfaction cervicale. La gorge est remplie de pus. Mais les hémorragies ne se répètent pas. Cet épisode dure 5 à 6 jours. Puis la température retombe à 37°.

Il s'agit là, disent MM. A. Bloch et Lemoine et c'est également l'avis du Docteur Guillemot, d'un phlegmon latéro-pharyngien qui aurait comprimé un certain nombre d'organes du cou et thrombosé un gros vaisseau, la carotide interne; ce qui donna lieu à un foyer de ramollissement central.

L'ulcération secondairement fistulée du vaisseau a provoqué l'hémorragie.

L'enfant a fini par guérir. Il ne reste plus rien au point de vue pharyngé. L'hémiplégie tend vers la contracture et l'état s'améliore. Cependant, l'enfant âgée de 7 ans, a présenté une aphasie typique, complète, a oublié l'histoire de sa maladie, son nom, ne reconnaissant plus personne. Elle recouvre petit à petit la mémoire et l'usage de la parole.

En fait, des complications aussi graves sont heureusement rares chez l'enfant et d'une façon générale les abcès latéro-pharyngiens aigus évoluent chez eux, malgré une allure clinique souvent impressionnante dans un sens favorable.

Abcès latéro-pharyngiens subaigus

Les abcès latéro-pharyngiens subaigus, contrairement aux abcès aigus, n'ont pas fait, à notre connaissance, l'objet d'une étude précise. Nous en avons retrouvé un cas dans une Leçon clinique de Auguste

Broca, qui a présenté, en 1903, un enfant de 7 ans souffrant depuis 3 semaines de douleurs et de torticolis ; l'existence de dysphagie et de vomissements avait d'abord fait soigner l'enfant pour troubles gastriques. L'ouverture spontanée par voie buccale de l'abcès en a fait faire le diagnostic rétrospectif.

L'observation suivante, que nous devons au Docteur Guillemot, est un cas bien frappant de l'allure spéciale de ces formes.

OBSERVATION III. — « Le 14 juin 1927, je recevais dans mon service un enfant d'un peu moins de deux ans, qu'un spécialiste très averti m'adressait avec l'indication suivante : « double adénite sous-maxillaire tuberculeuse » et avec la demande d'une cuti-réaction à la tuberculine ainsi que d'un examen radiologique, car selon ses propres termes, il pensait à la tuberculose. A midi, cet enfant était passé entre les mains d'un excellent oto-rhino-laryngologiste, qui n'avait pas hésité à le diriger sur un service de médecine générale, le considérant donc comme ne ressortissant pas de sa spécialité. J'examine le bébé et je constate qu'il présentait deux adéno-phlegmons cervicaux non pas sous-maxillaires, mais sous-sternomastoïdiens haut situés. L'un d'eux, le gauche, est ouvert à la peau et suppuré. L'autre, le droit, est volumineux, dur, composé de plusieurs ganglions agminés. Comme d'habitude la fluctuation est très difficile à préciser. Cet ensemble éveille en moi le souvenir de cas semblables et je pense à l'abcès

latéro-pharyngien bilatéral du nourrisson. Je note en effet en prêtant l'oreille que le bébé renacle de l'arrière-nez, et que sa voix a quelque chose d'anormal. Tout cela n'est pas gros, mais déjà suffisant pour moi. La mère, interrogée, dit que son enfant avale mal. Le diagnostic est donc à mon avis certain. Je le confirme en pratiquant le toucher pharyngien. Je sens alors et fais sentir aux élèves une résistance latérale, allongée derrière l'amygdale droite. A gauche, rien, mais de ce côté l'abcès est ouvert à la peau. L'histoire pathologique du bébé se limitait à la notion qu'il avait eu la fièvre avec une rhinite trois semaines auparavant, que des glandes étaient apparues de chaque côté et qu'il y avait eu une aggravation récente avec évolution spontanée d'une suppuration à la peau du côté gauche.

J'avoue qu'après avoir abouti à ce diagnostic incontestable, j'ai été assez étonné de noter que mon malade était passé entre les mains d'un spécialiste, sans que l'interrogatoire ou l'examen habituel de la gorge n'ait attiré l'attention sur la véritable cause de la maladie. Je me l'explique assez bien chez ce sujet, parce que les symptômes internes étaient très atténués, qu'il fallait tendre l'oreille pour le remarquer et que le syndrome extérieur, adénite cervicale double avec suppuration spontanée chez un bébé pâle et d'aspect infecté, sans fièvre actuelle notable, était bien fait pour conduire à l'idée d'une manifestation de la tuberculose. C'est qu'en effet, dans cette forme d'abcès latéro-pharyngien, l'affection

paraît résider dans l'adénopathie que l'on voit du premier coup d'œil, que l'on palpe et que les parents nous annoncent comme la grosse lésion parce qu'ils l'ont remarquée dès le début et qu'ils ont été frappés par son évolution faite sous leurs yeux. »

Ces cas se présentent donc *grosso modo* comme des adénites banales du cou, subaiguës, comme une adénopathie, un adéno-phlegmon sous-maxillaire ou rétro-maxillaire, et ils sont catalogués tels pendant quelque temps. Ce qui en fait méconnaître la véritable origine, c'est que l'enseignement classique attribue peu d'importance aux abcès latéro-pharyngiens du nourrisson alors que la description de l'abcès rétro-pharyngien du jeune âge est dans toutes les mémoires.

Ces signes existent cependant, mais ils sont souvent au minimum. Jamais les troubles de la voix ne méritent le nom de « voix de canard ». Il s'agit le plus souvent d'un nasonnement, d'un ton nasillard.

La dysphagie n'est jamais non plus très importante. Ce sont des signes à rechercher. Il faut entendre crier le bébé, le faire boire, interroger la mère qui a souvent oublié de vous soumettre une remarque qu'elle avait parfaitement faite. Ces signes peuvent même manquer : tel chez un nourrisson de la salle Parrot qui n'avait aucune dysphonie, ni aucune dysphagie alors qu'une expulsion de pus par la bouche vint confirmer le diagnostic fait sur la constatation de l'adénite.

Les signes physiques de l'abcès latéro-pharyngien

subaigu sont : à l'examen du pharynx, un épaississement allongé dans le sens vertical, siégeant derrière l'amygdale, au niveau du pilier postérieur. Cette tuméfaction n'est jamais bien grosse, car elle tend à se développer en bas et en dehors, points d'extension de l'abcès latéro-pharyngien. On la voit souvent très bien, mais il faut savoir qu'à un développement très médiocre en dedans, donc à une visibilité également médiocre, qu'un examen rapide peut méconnaître, correspondent des collections souvent importantes. L'amygdale est repoussée en avant et en dedans. Elle paraît plus grosse, elle est cependant intacte dans la majorité des cas, l'abcès ayant pris naissance dans le tissu rétro-amygdalien. Elle peut masquer la tuméfaction qui lui est postérieure (c'était le cas du bébé de l'observation III) et chez qui, dit M. Guillemot, « j'avais souligné auprès des élèves l'absence de dysphonie et de dysphagie ». Le signe capital est donné par le toucher pharyngé, qui permet de reconnaître un empâtement fusiforme, allongé, rétro-amygdalien, descendant parfois fort bas. Ce signe est le meilleur, puisqu'il fait reconnaître sans conteste la lésion et sa situation caractéristique. « Je ne suis pas arrivé, ajoute M. Guillemot, dans le cas que j'ai observé, à percevoir une fluctuation indéniable, et l'abcès latéro-pharyngien ne donne pas au bout du doigt la sensation si particulière du rétro-pharyngien ».

Nous avons retrouvé un cas analogue d'abcès latéro-pharyngien subaigu publié par le Docteur Blech-

mann, dans *Le Nourrisson*, en 1923. Sous le titre : « Evolution insolite d'un adéno-phlegmon angulo-maxillaire et d'un abcès latéro-pharyngien chez un nourrisson : guérison », on y trouve la même difficulté de diagnostic, les signes physiques de l'abcès étant très frustes.

OBSERVATION IV. — Il s'agit d'un nourrisson de 7 mois, qui a d'abord été vu pour troubles digestifs. Le 10 mars 1922 apparaît, du jour au lendemain, un ganglion dans la région sous-maxillaire gauche. Le ganglion, d'abord d'un volume d'un œuf de pigeon, augmente progressivement en huit jours jusqu'à prendre la dimension d'un gros œuf de pigeon.

Au bout d'une semaine, on pratique une incision cervicale qui donne issue à une cuillerée de pus. On laisse un drain. Huit jours après, le drain est enlevé, mais la tumeur n'a pas diminué. L'enfant est alors vu par un oto-rhino-laryngologiste qui constate la présence d'énormes végétations adénoïdes. La thérapeutique se borne alors à des injections de vaccin. Mais progressivement la tuméfaction ganglionnaire tend à former une masse considérable, qui comprend toute la région maxillaire gauche et empiète sur la région parotidienne. On sent un grand nombre de petits ganglions durs, enveloppés dans une coque de périadénite. De temps à autre, une petite quantité de pus s'écoule de l'incision primitive.

Pensant à une suppuration tuberculeuse, le 23

avril on pratique une cuti-réaction à la tuberculine qui se montre négative. On modifie alors la thérapeutique et on fait faire un auto-vaccin.

A la suite de ce traitement et du 20 mai au 10 juin, l'état de l'enfant nécessite l'incision de cinq ou dix abcès cervicaux et la masse ganglionnaire diminue de moitié.

Mais le 22 juin, un nouveau ganglion apparaît du même côté, mais très bas, au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde. C'est alors seulement qu'on note l'existence d'un enchifrèment et de gêne respiratoire.

Le 30 juin, le nouveau ganglion est abcédé et incisé et l'après-midi de cette petite intervention l'enfant éprouve une gêne respiratoire de plus en plus grande, et qui amène à faire pratiquer presque d'urgence l'ablation des végétations adénoïdes.

Le lendemain, malgré cette ablation, l'enfant étouffe littéralement, présente des pauses respiratoires suivies d'accès de suffocation, et le soir même on enlève l'amygdale gauche qui paraît augmentée de volume.

Aussitôt après l'ablation de l'amygdale gauche, on découvre derrière elle un abcès latéro-pharyngien qu'on incise immédiatement et d'où sort une grosse quantité de pus. Il est à noter que le toucher pharyngien avait été pratiqué trois fois en 24 heures et n'avait rien montré. A partir de l'incision buccale de l'abcès, l'amélioration se poursuit progressivement et rapidement.

Dans un des paragraphes de la conclusion qui suit cette observation, l'auteur dit : « A un moment de leur évolution, les adénites suppurées du cou peuvent se compliquer d'abcès latéro-pharyngien dont le diagnostic n'est pas toujours aisé ».

Nous avons considéré cette observation d'un point de vue différent. Nous avons tout d'abord noté le début des troubles par une adénopathie sous-maxillaire apparue, brusquement du jour au lendemain, et cette brusquerie d'apparition est déjà en faveur de l'abcès latéro-pharyngien. Nous avons noté également l'évolution longue, sur près de deux mois, de cette adénopathie particularité propre à certains de ces abcès. Le fait que des incisions cervicales répétées n'ont pas amené d'amélioration notable, alors que l'incision endo-pharyngée dès qu'elle a été pratiquée a ramené une grosse quantité de pus, contrairement à ce qu'aurait pu faire croire le toucher pharyngien qui n'avait pas donné de signes caractéristiques, nous paraît également remarquable, — et nous avons plutôt tendance à ranger ce cas parmi les abcès latéro-pharyngiens dont la symptomatologie clinique pharyngée est des plus frustes au début et dont le signe apparent est une adénopathie sous-sterno-mastoïdienne et sous-angulo-maxillaire d'allure subaiguë.

« Il y a en effet, dit M. Guillemot dans son enseignement d'hôpital, une variété d'abcès latéro-pharyngien du jeune enfant qui est peu connue. C'est cette variété subaiguë qui a pour symptôme prédo-

minant une adénopathie sous-sterno-mastoïdienne. Cette adénopathie sous-sterno-mastoïdienne n'éveille pas habituellement l'idée d'un abcès latéro-pharyngien, parce qu'on en méconnaît l'origine. Or cette réaction ganglionnaire peut en être le seul signe clinique important. La dysphagie n'atteint jamais, en effet, dans le latéro-pharyngé le degré qu'on lui connaît dans l'abcès rétro-pharyngien. Le nasonnement est léger, c'est plutôt une voix, un cri un peu nasillard, avec une reprise en « ronflement » et ce peut être tout. Les mouvements de la tête en latéralité sont parfois gênés, malhabiles, lents. Le cou paraît gros. Tout cela succédant à une angine, à une rhinite, soit primitive, soit grippale, soit scarlatineuse ou diphtérique, doit faire penser à l'abcès latéro-pharyngien. Méconnu, cet abcès, comme le rétro-pharyngien, peut entraîner de graves conséquences (fusées profondes, mort par septicémie, par fausse route de déglutition, par hémorragies). Ouverts, ils guérissent rapidement en demandant parfois la réitération d'incisions. Ils peuvent être bilatéraux, c'est même assez fréquent dans le jeune âge. Le pus est en général abondant (plus qu'on ne croit) et sous tension ».

Le Docteur Guillemot en a observé une série à l'hôpital Bretonneau dont : un cas dans la salle des douteux, bilatéral, ouvert trop tard, mort par extension de l'infection ; un cas à la crèche, méconnu à trois reprises par l'auriste, bilatéral, guérison après plusieurs incisions (un abcès a retardé sur l'autre).

Un cas du service de chirurgie méconnu et mort (pleurésie purulente ayant fait une complication angineuse).

Un cas de la salle Parrot, post-scarlatineux datant de 40 jours, envoyé de l'hôpital Hérold, guéri (abcès traînant).

Enfin, un cas méconnu par le chirurgien qui pense à une adénite bacillaire, cas intéressant parce que subaiguë et tendant à se résorber (toucher positif).

Comment interpréter l'adénite cervicale symptomatique d'un abcès latéro-pharyngien ? Nous pensons qu'elle correspond à la phase phlegmoneuse. L'infection rétro-amygdalienne dès ses débuts retentit sur les lymphatiques et ganglions correspondants qui sont ceux du groupe sous-sterno-mastoïdien et non sous-maxillaires. Les ganglions qui se trouvent dans le muscle se tuméfient et forment une petite masse qui déborde généralement plus en avant qu'en arrière, les éléments ganglionnaires étant bien isolés tout au moins sur le contour de la masse, alors qu'ils sont plus confondus vers le centre. Le groupe sous-maxillaire intervient parfois à son tour. La suppuration est difficile à percevoir à cause du siège relativement profond de l'amas ganglionnaire. Elle n'est pas la règle et le stade adéno-phlegmon n'est pas le plus souvent dépassé. Un point intéressant à signaler, c'est que dans ces formes subaiguës, et à plus forte raison dans les formes lentes, la réaction ganglionnaire prend une allure froide qui légitime

des inquiétudes sur la nature des infections. Raison de plus pour faire un diagnostic complet, rapide, car une adénopathie cervicale qui correspond à un abcès latéro-pharyngien n'est pas, dans la règle, une manifestation tuberculeuse même si elle en prend grossièrement le masque.

Le caractère de bilatéralité est à souligner dans certains cas. Il est intéressant de voir se localiser une infection exactement sur les mêmes régions symétriques. Si c'est surtout dans les formes aiguës que les deux côtés sont atteints, cette bilatéralité se rencontre également dans les formes subaiguës.

Cette bilatéralité est bien faite d'ailleurs pour détourner l'attention d'un « abcès de la gorge » qui généralement ne frappe pas les deux côtés à la fois. Elle n'est nullement obligatoire d'ailleurs, et la localisation unilatérale paraît la plus fréquente.

Le Docteur Guillemot nous a précisé cette forme dans l'observation suivante où il note que c'est le deuxième cas observé à cette époque (le premier s'est terminé par la mort) et que le latéro-pharyngien bilatéral est moins fréquent que l'unilatéral.

OBSERVATION V. — « Il s'agissait d'une adénoïdite avec volumineuses adénopathies sous-maxillaires, péri-sous-maxillaires et même, mais à un moindre degré, cervico-latérales. Troubles fonctionnels (dysphagie, nasonnement) peu prononcés comme d'habitude.

Les auristes n'étaient pas d'accord avec moi mal-

gré mes précisions formelles. Cependant la persistance d'une grosse adénopathie bilatérale malgré l'atténuation du foyer initial, l'existence de quelques troubles fonctionnels, me faisaient insister sur le diagnostic. La preuve en fut bientôt donnée grâce à une incision libératrice rendue nécessaire par le développement de l'abcès et pratiquée à gauche, et qui donna issue à du pus. L'intervention sur le côté droit fut réservée. Les jours qui suivirent furent assez critiques : enfant vomissant tout, chute importante du poids, grosse gêne respiratoire nocturne, ces manifestations paraissant dues soit à une rétention de pus (d'où intervention réitérative), soit à l'œdème inflammatoire. Un traitement par le propidon parut agir favorablement, en particulier sur l'abcès du côté droit qui ne fut décidément pas incisé. Guérison complète.

La bilatéralité dans ce cas, malgré l'absence de constatations de pus à droite, ne me paraît pas discutable. Les symptômes étant exactement les mêmes des deux côtés. La résorption de l'abcès latéro-pharyngien est donc possible, quoiqu'il soit prudent de ne pas trop compter sur elle. Il faut craindre en effet les fusées à distance, en particulier en bas, fait qui s'est produit dans le premier cas dont j'ai parlé et qui a amené la mort. Aussi tant que la fièvre persiste, faut-il répéter les explorations. Le mal est toujours là ».

Dans l'observation que nous venons de résumer, les signes physiques étaient typiques : disposition

« en rideau de fenêtre », derrière les amygdales, de saillies allongées dans le sens vertical, fusiformes, plongeant bas dans le pharynx, malaisées à percevoir parce que cachées par les amygdales. Troubles fonctionnels nets, surtout la dysphagie. Adénopathies sous et rétro-maxillaires très importantes accompagnant l'évolution de l'abcès et extériorisant ses variations, car ainsi que nous l'avons remarqué, elles s'affaissent de moitié quelques heures après l'ouverture.

L'évolution de l'abcès latéro-pharyngien se fait le plus souvent vers la cavité du pharynx où le pus se fait jour par rupture spontanée. Ça été le cas pour le bébé signalé plus haut, qui, le lendemain de l'examen et alors que la démonstration ne paraissait pas convaincante à tous, a rejeté par la bouche une bonne cuillerée de pus malodorant. Mais cette issue favorable n'est pas la règle, d'où l'intérêt majeur de le reconnaître à temps et de l'inciser par la bouche afin d'éviter les dangers de migration en dehors vers les troncs vasculo-nerveux et en bas vers les espaces décollables du cou et du médiastin.

L'évolution vers l'extérieur n'est pas rare. Elle pose la question délicate du choix de la voie chirurgicale.

Un abcès latéro-pharyngien peut-il se résoudre spontanément ? Il semble que lorsque l'abcédation est faite, le pus doive trouver forcément une issue spontanée ou provoquée.

Cependant, avant l'abcédation, il y a l'état « phlegmon » qui peut disparaître par résolution si l'infection est peu active. C'est ce que nous avons observé chez un nourrisson de la salle Sevestre qui présentait tous les signes physiques et fonctionnels d'un abcès latéro-pharyngien en voie de formation et qui a guéri sous nos yeux sans faire de rupture spontanée.

OBSERVATION VI. — Il s'agit de l'enfant B... Gabriel, garçon de 8 mois, entré dans le service le 17 janvier 1936 pour une fièvre élevée (39° environ) dont l'examen clinique ne pouvait fixer la cause. Un examen de spécialiste a été pratiqué et, le 18 janvier, une paracentèse bilatérale donne du pus des deux côtés. Malgré cette évacuation, la température ne tombe pas. Deux jours après le 20 janvier, devant cette fièvre persistante et un certain degré de raideur de l'enfant dont la nuque surtout se fléchit mal, on pratique une ponction lombaire. Celle-ci retire un liquide clair, dans lequel l'examen cyto-bactériologique ne révèle rien d'anormal.

Enfin, le lendemain 21, l'enfant présente une adénopathie sous-maxillaire bilatérale, apparue du jour au lendemain, de la pâleur. La voix s'est modifiée, a pris le timbre de voix de canard, mais pas de dysphagie.

On fait alors le diagnostic d'abcès latéro-pharyngien (ou tout au moins d'infection pharyngée avec œdème des piliers palatins, et en effet, on note, au

toucher buccal, un épaississement à gauche derrière le pilier postérieur. Surtout, une différence d'impression avec la palpation à droite qui montre que la région opposée est souple. (Le Docteur Lallèmant, chef du service d'oto-laryngologie, a la même impression). On pratique alors une vaccinothérapie sous forme de propidon qui, à la dose de 1 cm³, n'a pas donné de choc.

Mais le 22, l'enfant est amélioré. La voix est presque normale, l'adénopathie diminue.

En somme, il s'agit d'un abcès n'ayant pas évolué, mais typique en raison du nasonnement et de l'adénopathie sous-maxillaire apparue rapidement et ayant regressé très rapidement en même temps que disparaissait la sensation d'épaississement d'une gouttière latéro-pharyngée.

A propos des réflexions sur un cas d'adéno-phlegmon latéro-pharyngien à forme abortive publiée par Viela, dans les *Annales d'oto-rhino-laryngologie* de 1934, on retrouve notée la résolution spontanée de l'abcès malgré des phénomènes inquiétants.

L'évolution spontanée vers la guérison de certains abcès latéro-pharyngiens, déjà indiquée, est parfois assez typique pour qu'on puisse légitimement décrire une forme abortive. Le cas suivant, que nous devons au Docteur Guillemot qui nous l'a relaté en nous en signalant les particularités, en est encore un exemple bien net.

OBSERVATION VII. — Herbelin est un nourrisson amené le 3 novembre 1926 à notre consultation par

sa mère qui nous dit que l'enfant atteint d'un rhume, souffre de « la tête ». En réalité, il s'agissait d'une gêne douloureuse des mouvements de la tête sur le cou avec impossibilité de la tourner à droite ou de la renverser en arrière et ébauche de torticolis (troubles rappelant ceux du torticolis naso-pharyngien). Il existait d'autre part, un coryza purulent et une double adénopathie rétro-maxillaire, surtout maxillaire. Nous pensons aussitôt à l'abcès bilatéral latéro-pharyngien du nourrisson, diagnostic confirmé par l'existence d'un léger nasonnement. Pas de dyspnée. Le toucher décèle une amygdale grosse et repoussée en avant.

Le bébé entre dans le service le 4 novembre. Il est examiné par M. André Bloch qui constate les signes que nous venons de décrire mais plus accusés au point de vue de la déviation de la tête. Le toucher donne des précisions très nettes. Mais comme la voix n'est plus nasonnée et qu'aucune dysphagie n'est apparue, on décide d'attendre, l'état de l'enfant paraissant le permettre. Le 5 novembre, mêmes signes mais moins de rotation de la tête. Le 6, l'enfant est beaucoup mieux ; M. Bloch pratique le toucher et constate une grande amélioration.

Les jours suivants, la guérison se confirme.

M. Bloch a été du même avis que nous : il s'est bien agi d'un abcès latéro-pharyngien, mais bénin, abortif. Cette forme abortive n'est certainement pas rare.

Abcès latéro-pharyngien traînant

Enfin, certaines formes d'abcès latéro-pharyngien revêtent une forme traînante, simulant tout à fait l'adénopathie bacillaire. Tels sont les cas suivants que le Docteur Guillemot a été amené à observer.

OBSERVATION VIII. — Un externe de son service a présenté une histoire qui a exercé la sagacité des des confrères consultés, dont le Docteur O. d'Evreux, clinicien réputé. Il s'agissait d'un abcès « rétro-amygdalien » avec évolution cervicale d'allure froide. Le Docteur O... a dit qu'il ne connaissait pas cette modalité clinique. Le Professeur Schileau, consulté, fait le diagnostic d'abcès chaud « refroidi » et conseille l'incision par la bouche. L'incision libère une grosse quantité de pus. Guérison.

On avait pensé à la possibilité d'une suppuration froide, tuberculeuse. Le Professeur Schileau avait même admis une réserve pour l'avenir. Il s'agissait d'une modalité de l'abcès latéro-pharyngien qui est peu connue, une variété « froide » non bacillaire.

L'abcès traînant peut même revêtir une forme pseudo-pottique.

Un cas adressé par un chirurgien montre bien la difficulté du diagnostic.

OBSERVATION IX. — Il s'agit d'une grande fille, extraordinairement amaigrie, cou très raide, troubles de la déglutition et même de la phonation. Impression forte de « mal de Pott cervical ».

Le chirurgien pense, lui, au pithiatisme. Son examen, ainsi que le toucher, ne confirment pas le mal de Pott avec abcès.

Notre examen montre une tuméfaction cervicale postérieure basse, légère douleur de la quatrième cervicale. Cuti-réaction positive, mais il s'agit d'une grande fille. Scopie négative. Un examen oto-rhinolaryngologique (pratiqué par le docteur A. Bloch) découvre un bel abcès latéro-pharyngien bas situé.

Donc, grave méconnaissance du diagnostic vrai, d'ailleurs faite en ville où l'enfant traîne depuis cinq mois (noter la longueur de l'évolution). D'où difficultés thérapeutiques. Si on intervient par la gorge, possibilité d'infection de la poche, si on ouvre au cou, cheminement aveugle, infection du trajet. On a fait dans ce cas une ouverture à ciel ouvert latéro-cervicale.

TRAITEMENT

Nous serons brefs sur le traitement des abcès latéro-pharyngiens qui a été étudié et discuté par de nombreux pédiatres et oto-rhino-laryngologistes.

La voie d'abord de l'abcès est discutée. Pour certains l'incision par voie buccale de la collection doit être la règle, c'est l'opinion des pédiâtres et de Comby en particulier. Pour d'autres auteurs, cette incision serait à rejeter étant donné la proximité des gros vaisseaux du cou; et il faudrait toujours intervenir par voie cervicale, en pratiquant une incision cutanée au niveau du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

Nous avons retrouvé la discussion entre ces deux opinions dans un article de Piquet des « Annales d'oto-rhino-laryngologie » déjà cité, et dans lequel l'auteur conclut à la nécessité de distinguer deux cas : lorsque la collection bombe nettement dans le pharynx l'incision orale est la meilleure, lorsque la tuméfaction cervicale est prédominante, c'est à l'incision cervicale qu'il faut recourir.

Il nous semble que dans la majorité des cas, du moins en ce qui concerne l'abcès latéro-pharyngien de l'enfant, c'est l'ouverture de la collection par voie

endo-pharyngée qui conserve le plus grand nombre d'indications — et on a vu des cas où une incision cervicale ne suffisant pas à amener une sédation des symptômes, donc un bon drainage, il a fallu secondairement réintervenir par voie buccale.

CONCLUSIONS

1° L'abcès latéro-pharyngien est plus fréquent chez le jeune enfant que ne le disent les classiques. Il n'est pas rare chez le nourrisson, surtout chez le nourrisson un peu âgé.

2° Contrairement au rétro-pharyngien qui n'a pas de manifestation physique extérieure, il comporte dans la règle une évolution cervicale, sous forme d'adénopathie ou adénophlegmon à siège sous-sterno-mastoïdien ou sous-maxillaire.

3° Une telle réaction cervicale, secondaire à une angine, une adénoïdite, une rhinite est presque toujours à début brusque, souvent bilatérale, coïncidant avec quelques troubles de la voix ou de la déglutition doit orienter le diagnostic du côté d'un abcès latéro-pharyngien et faire pratiquer le toucher rétro-amygdalien.

4° Il existe des formes traînantes, parfois très lentes, apyrétiques, à réaction ganglionnaire à peine inflammatoire, quelquefois suppurée, qui sont bien faites pour faire errer le diagnostic dans le sens tuberculose.

6° En somme, l'ensemble des faits observés permet de distinguer :

- 1° des formes aiguës, unilatérales ou bilatérales;
- 2° des formes subaiguës, unilatérales ou bilatérales ;
- 3° une forme lente, unilatérale ou bilatérale ;
- 4° une forme abortive.

7° Les particularités que nous signalons permettront de ne pas méconnaître la formation ou l'évolution d'un abcès latéro-pharyngien chez un jeune enfant et de lui appliquer une thérapeutique logiquement efficace, qui est l'incision par voie endopharyngée.

Vu :
LE Doyen,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
DEBRÉ

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BAR. — Contribution à l'étude des abcès juxta-pharyngiens (*Bulletins et Mémoires de la Société française d'O.-R.-L.*, 1902).
- BLECHMANN et LORY. — Evolution insolite d'un adéno-phlegmon angulo-maxillaire et d'un abcès latéro-pharyngien chez un nourrisson; guérison (*Le Nourrisson*, 1923).
- BROCA. — Abcès péripharyngiens (*Bulletin Médical*, Paris, 1903).
- CANUYT. — Les maladies du pharynx, 1936.
- CASTEX. — *Précis d'oto-rhino-laryngologie*, 1907.
- CALAS. — Des abcès péripharyngiens (*Thèse Montpellier*, 1906).
- CHRÉTIEN. — Deux cas d'abcès latéro-pharyngiens chez l'adulte (*Union Médicale du Nord-Est*, 1904).
- COMBY. — Abcès péripharyngiens chez l'enfant (*Archives de Médecine infantile*, 1935).
- DÉLIE. — Abcès latéro-pharyngien d'origine mastoïdienne (*Bulletins et Mémoires de la Société française d'O.-R.-L.*, 1906).
- ESTÈVES. — Deux cas de phlegmon latéro-pharyngien (*Revue médicale de Bruxelles*, 1886).
- FORGUES. — *Précis de chirurgie*, 1935.
- GRANCHER. — *Traité de maladie des enfants* (art. de Bokaï), 1904.
- GUISEZ. — Abcès latéro-pharyngien avec mastoïdite (*Bulletins et Mémoires de la Soc. franç. d'O.-R.-L.*, 1911).

- HEYMANN. — *Traité d'oto-rhino-laryngologie*, 1910.
- HENOCK. — Abscess péricaryngiens (*Annales de la Charité*, Berlin, 1879).
- HUBER (F.). — Abscess latéro-pharyngien chez un enfant de 6 semaines. Guérison (*Archives de Pédiatrie*, 1898).
- LANNOIS. — *Précis des maladies oto-rhino-laryngologiques*, 1908.
- MARFAN. — Clinique des maladies de la première enfance.
— *Traité de Médecine infantile*, 1930.
- MOREAU. — Contribution à l'étude des abscess péricaryngiens (*Thèse de Paris*, 1898).
- NOBÉCOURT. — *Traité des Maladies des enfants*, 1935.
- OMBRÉDANNE. — *Traité de Chirurgie infantile*, 1932.
- PIQUET. — Voie endo-pharyngée des abscess latéro-pharyngés (*Annales d'O.-R.-L.*, 1934).
- REYNOLDS. — Un cas d'abscess péricaryngé (*Journal American Medical Association*, Chicago, 1917).
- TRUFFERT. — Anatomie du laryngo-pharynx en relation avec les suppurations péri-laryngo-pharyngées (*Annales d'O.-R.-L.*, 1935).
— Suppurations périlaryngées et péricaryngées (*Journal de Médecine de Paris*, 1935).
— Suppurations périlaryngo-pharyngées, 1934.
— Monographie des suppurations péricaryngées, 1933.
- VAIDI. — Abscess latéro-pharyngien consécutif à la grippe (*Bulletins et Mémoires de la Société française d'O.-R.-L.*, 1909).
- WEILL et MOURIQUAND. — *Traité de Médecine infantile*, 1928.
- VILETTE. — Abscess latéro-pharyngiens (*Bulletin Médical du Nord*, 1891).
- WANDI-LAMOTTE. — Abscess latéro-pharyngiens (*Liège Médical*, 1934).
- WATSON. — Abscess péricaryngiens (*The Lancet*, 1930).

